

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 39

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
PROSTATITES CHRONIQUES
rebelles au traitement médical

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Décembre 1935

PAR

Jacques - Alfred - Marie - Louis FAVRÉAUX

Elève du Service de Santé de la Marine

né à MONTÉGUT (Landes), le 25 Juillet 1912

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		PAPIN, professeur	Juges.
		CHARRIER, agrégé.....	
		FONTAN, agrégé.....	

BORDEAUX
G. ROULLEAU, IMPRIMEUR
31, RUE LAMARTINIE, 31

1935

THÈSE
DE
MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 39

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
PROSTATITES CHRONIQUES
rebelles au traitement médical

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Décembre 1935

PAR

Jacques - Alfred - Marie - Louis FAVRÉAUX

Elève du Service de Santé de la Marine

né à MONTÉGUT (Landes), le 25 Juillet 1912

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	<i>Président.</i>
		PAPIN, professeur	<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé.....	
		FONTAN, agrégé.....	

BORDEAUX

G. ROULLEAU, IMPRIMEUR

31, RUE LAMARTINE, 31

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen : M. MAURIAC

Assesseur : M. LABAT

Doyen honoraire : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE,

RIVIERE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPERIE.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIERES.
id. et gynécologique	SUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orth.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques gén.	CARLES.	Clinique méd. malad. des enfants.	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS	Chimie biologique et médicale ...	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	SABRAZES.	Physique médicale et pharmaceut.	SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. colon. et cliniq. des maladies coloniales.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie ..	G. DUBREUIL	Clinique des mal. cutanées et syph.	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des mal. des voies urin.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie ...	LANDE.	Clinique des malad. nerv. et ment.	ABADIE.
Electroradiologie et clinique d'elect. médicale	RECHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..	LABAT.
Botanique et matière médicale...	GOLSE.	Hydrologie thérapeut. et climato.	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	N.

LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), PAPIN (Chirurgie générale
R. SIGALAS (Parasitologie et Sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie (générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DEFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIERE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
id.	PIECHAUD.	Oto-rhino laryngologie	DESPONS
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et Syphiligraphie..	JOULIA.
id.	De GRAILLY	Physique médicale	WANGERMEZ
id.	FONTAN	Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Pharmacie chimique	VITTE
Médecine opératoire	F. PAPIN.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements	RIVIERE.	Physique médicale et pharmac.	WANGERMEZ
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET	Botanique	GIRARD
Ophtalmologie	CABANNES (en congé).	Médecine générale	DERVILLÉE
Puériculture	FAUGERE.	Bactériologie	MOUREAU

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes, M. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Faible témoignage d'affection
et de gratitude filiale.*

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES

A MES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRESIDENT DE THESE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX,
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur de présider cette thèse.
Qu'il veuille bien accepter ici le
témoignage de notre respec-
tueuse gratitude.*

INTRODUCTION

En 1934, M. le professeur Duvergey opérait deux malades atteints de prostatite chronique rebelle au traitement médical, l'un par voie transvésicale, l'autre par voie périnéale.

En présence des résultats, excellents dans les deux cas, M. le professeur Duvergey, lorsque nous lui demandâmes de nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous proposa d'étudier ces prostatites chroniques rebelles au traitement médical, de discuter les interventions chirurgicales proposées et d'en préciser les indications.

Cette étude comprendra donc deux parties :

1° Un résumé du chapitre pathologique des prostatites chroniques, au cours duquel nous essayerons de montrer les raisons qui expliquent, dans certains cas, l'échec du traitement médical, et nécessitent une intervention chirurgicale;

2° L'étude des diverses interventions proposées dans ces cas rebelles, et la discussion de leurs indications et contre-indications.

Nous joindrons à cette étude quelques observations, peu nombreuses à la vérité et parmi lesquelles deux seule-

ment sont inédites — car les cas de prostatite chronique où une intervention chirurgicale est indiquée sont relativement rares — mais suffisamment démonstratives d'abord parce qu'elles mettent en valeur cette désespérante ténacité de certaines prostatites et la nécessité de les adresser au chirurgien, et ensuite parce que, les malades ayant été suivis et revus, elles nous permettent d'apprécier ce que l'on peut espérer des diverses interventions.

CHAPITRE I

LES PROSTATITES CHRONIQUES REBELLES

AU TRAITEMENT MEDICAL

I. — Etiologie et Pathogénie

Les prostatites chroniques, lésions froides à évolution très lente, peuvent être chroniques d'emblée, ou succéder à une prostatite aiguë. Le plus souvent, elles sont chroniques d'emblée. Elles passent ainsi quelquefois inaperçues au cours des uréthrites chroniques, mais d'une façon générale, la prostate est toujours infectée au cours des uréthrites chroniques.

La prostate infectée est à son tour la cause de la persistance des vieilles uréthrites. Il se produit là un cercle vicieux de réinoculations successives de la prostate sur l'urèthre et de l'urèthre sur la prostate.

Le germe pathogène qui joue un rôle prépondérant dans l'infection de l'urèthre et par conséquent de la prostate, est le gonocoque. On sait que la presque totalité des uréthrites est d'origine blennorhagique.

Mais, au stade chronique, on ne le retrouve plus dans les sécrétions, il a laissé la place à des germes pathogènes secondaires.

Les prostatites sont donc presque toutes blennorhagiques. Dans un petit nombre de cas, elles succèdent à une uréthrite postérieure chronique non blennorhagique, qui est alors la conséquence du cathétérisme, de la sonde à demeure ou des rétrécissements.

L'inflammation de l'urèthre postérieur est parfois seule suffisante pour provoquer une prostatite chronique. Mais la propagation de l'infection à la prostate se produit généralement à la faveur de petits traumatismes répétés, tels qu'en procure l'abus du cheval ou de la bicyclette, ou à la suite d'une poussée congestive du petit bassin, à laquelle participe intensément la prostate du fait de sa vascularisation, poussée congestive due à la constipation aux hémorroïdes ou aux excès vénériens.

Des causes prédisposantes générales comme les diathèses, goutte, arthritisme, scrofule, interviennent aussi en créant au niveau de l'urèthre un point de moindre résistance et en éternisant les uréthrites.

II. — Anatomie Pathologique

Au cours de la prostatite chronique, l'urèthre prostatique et le veru montanum présentent toujours des lésions inflammatoires caractéristiques.

Les conduits éjaculateurs sont souvent comprimés et oblitérés par les infiltrations ou le tissu scléreux.

Au point de vue macroscopique, la prostate est généralement augmentée de volume avec des inégalités de consistance. Cette augmentation de volume est très sensible dans les formes hypertrophiantes. Elle va quelquefois jusqu'à entraîner de la rétention d'urine. Dans les formes scléreuses, au contraire, le volume peut être diminué, mais la consistance est très augmentée. A la coupe, la prostate laisse sourdre un liquide laiteux louche.

Au microscope, elle paraît creusée d'aréoles remplies de pus et de débris épithéliaux. Ce sont des culs-de-sacs glandulaires, dilatés et transformés en véritables kystes, par suite de l'infiltration et de la sclérose de leurs parois et de celles de leur canal excréteur.

Il est facile de comprendre la difficulté qu'éprouvera le massage à vider ces nombreuses cavités, et le peu d'action sur elles des lavages antiseptiques qui n'y peuvent pénétrer.

Enfin les prostatites chroniques s'accompagnent quelquefois de fistules qui font communiquer une cavité creusée dans la prostate avec le périnée ou avec l'urèthre.

III. — Symptomatologie

Dans la plupart des cas, la prostatite chronique débute insidieusement. Vers la fin d'une blennorrhagie aiguë, le malade ressent un peu de pesanteur périnéale, des besoins plus fréquents, une sensation de brûlure à la fin de la miction, l'impression d'un corps étranger dans le rectum, ou bien son attention sera attirée par un écoulement de liquide blanchâtre à la fin d'une miction ou pendant un effort de défécation.

Souvent aussi, la prostatite chronique ne présente aucun signe caractéristique, et seuls la persistance d'un écoule-

ment ou des uréthrites à répétition conduiront à la rechercher. Au cours d'une uréthrite chronique, il faudra donc systématiquement rechercher la prostatite chronique.

Les *Symptômes subjectifs* sont vagues, confondus dans le syndrome de l'uréthrite chronique. C'est la « goutte » matinale qui préoccupe le malade, qu'il recherche et arrive à faire sourdre au méat par des pressions répétées. Ou bien, la prostatorrhée à la fin de la miction ou de la défécation, écoulement blanchâtre, filant, que le malade prend pour de la spermatorrhée. Ce sont des troubles de la sensibilité du sujet, pesanteurs, élancements, démangeaisons, brûlures au niveau du périnée. Du côté du rectum, sensation de corps étranger, de bouchon de coton avec besoin constant d'aller à selle.

Les *signes fonctionnels* sont plus précis. En effet, les *fonctions sexuelles* sont souvent atteintes : absence de sensation voluptueuse du coït, douleur dans l'urèthre postérieur et dans le rectum au moment de l'éjaculation, éjaculations précipitées, pollutions nombreuses, érections incomplètes, ou même impuissance complète.

Les *Troubles de la miction* sont aussi fréquents, mais plus légers. Ils consistent en besoins impérieux, retard à la miction, affaiblissement du jet, douleur minime. Ils s'accompagnent parfois de cystite. Chez les rétrécis, ils peuvent aller jusqu'à la rétention chronique incomplète et le malade rentre alors dans le prostatisme. La rétention peut survenir aussi dans certains cas de prostatite hypertrophiante qui simule l'hypertrophie.

De ces troubles fonctionnels dépendent souvent les manifestations psychopathiques fréquentes et d'une importance pratique de tout premier plan. Elles consistent en un état dépressif allant parfois jusqu'à la neurasthénie. Les malades s'inquiètent de leur contagiosité, de leur

impuissance, de leur inaptitude au mariage, de leurs pertes séminales auxquelles ils attribuent souvent l'altération de leur état général. Cette obsession entraîne souvent une déchéance physique et un amoindrissement de l'activité intellectuelle et sociale dont il est facile de comprendre les conséquences déplorables.

La prostatectomie aura chez ces sujets les résultats les plus heureux, tant au point de vue psychologique puisqu'elle réalise un traitement radical, qu'au point de vue de l'état général et des fonctions génitales qu'elle peut améliorer beaucoup.

Les *Signes objectifs* nous sont fournis par le toucher rectal et l'écoulement uréthral, goutte matinale ou écoulement provoqué par le massage.

La *prostate* est presque toujours augmentée de volume, peu ou pas douloureuse, de consistance variable. Chez les uns, grosse, lisse, tendue, molle, elle laisse sourdre un liquide abondant. Chez les autres, elle est d'une dureté presque ligneuse : c'est le cas des prostates scléreuses atrophiées à la suite de la destruction de la glande par la prostatite suppurée.

Les *écoulements prostatiques* sont de deux sortes : d'une part, l'écoulement de l'urétrite chronique, qui se fait spontanément : c'est la goutte matinale, et celui qui se produit à la fin d'une miction ou d'une défécation; d'autre part, l'écoulement provoqué par le massage méthodique de la glande. C'est là le signe pathognomonique de la prostatite chronique. Dès que le liquide obtenu ainsi par massage dépasse un suintement, on peut affirmer la prostatite chronique.

Evidemment, l'écoulement spontané ou provoqué de liquide prostatique varie beaucoup en quantité suivant les variétés de prostatite. Il est très abondant lorsque la pros-

tate est grosse et molle au toucher, et rare dans les cas de prostate noueuse, indurée, scléreuse.

Le liquide prostatique est épais, blanchâtre, d'odeur spermatique, empesant le linge lorsqu'il sèche et formant des taches à contour régulier.

Au microscope, on y trouve des cellules cylindriques, des débris d'éléments cellulaires, de nombreux leucocytes, indiquant bien l'inflammation de la prostate surtout lorsqu'on les rencontre après lavage de l'urèthre; des débris de spermatozoïdes et des cristaux de Boettcher caractéristiques de la sécrétion prostatique; rarement on y rencontre des microbes.

L'examen de l'urine montre des filaments, en forme de virgules ou de points, quelquefois volumineux, et à l'aspect purulent.

Le *Cathétérisme explorateur* a moins d'importance. Il dénote parfois une sensibilité exagérée de l'urèthre prostatique. La boule exploratrice ramène souvent du pus ou du muco-pus sur son talon.

L'*exploration endoscopique* de l'urèthre prostatique exposée par Montaigne dans sa thèse permet d'apercevoir des déformations mécaniques de l'urèthre prostatique en rapport avec les modifications de la prostate causées par l'infection glandulaire, et d'autre part des lésions inflammatoires d'urétrite postérieure : congestion de la muqueuse, œdème avec bulles, végétations charnues.

La *radiographie* faite après injection de substances opaques (lipiodol dilué) donnera quelquefois des indications, en fixant sur la profondeur des lésions-soupçonnées :

« Dans certains cas, on ne verra rien, mais dans d'autres, peu fréquents il est vrai, on constatera que dans la profondeur de la prostate il y a une série de cavités ramifiées,

se vidant mal par un goulot étroit. L'aspect de ces cavités peut être celui d'une grappe de raisin. » (1)

IV. — Diagnostic

Le diagnostic repose sur les divers signes subjectifs, fonctionnels et objectifs qui viennent d'être énumérés. Les antécédents blennorrhagiques, l'écoulement d'un liquide louche, purulent par le massage de la glande après lavage de l'urètre, les caractères microscopiques de ce liquide, posent le diagnostic de prostatite chronique.

L'adénome et le cancer de la prostate, chez un sujet âgé peuvent en imposer pour une prostatite. Mais il n'y a pas de liquide d'expression. Dans le cancer l'évolution est rapide et l'envahissement ganglionnaire précoce.

Dans la tuberculose de la prostate la glande est moins uniforme, parsemée de petits noyaux durs; l'écoulement est moins abondant, on peut y décèler parfois des bacilles; les douleurs sont plus vives. Il existe d'autres lésions, tuberculeuses, en particulier sur les vésicules et l'épididyme.

V. — Pronostic

La prostatite chronique n'offre généralement pas de gravité immédiate, bien qu'elle crée un terrain favorable à l'éclosion de l'adénome, du cancer ou de la tuberculose.

Mais c'est une affection extrêmement tenace, du fait de l'urétrite postérieure et de la vésiculite concomitantes et

(1) PHELIP. — Traitement de certaines suppurations chroniques de la prostate par le curettage endoscopique. A. F. U. 1933.

de leurs réinoculations successives. Muhlfordt cite le cas d'un malade qui malgré un traitement énergique présentait encore des gonocoques isolés dans les sécrétions prostatiques, et ce cas était latent depuis quatorze ans.

Du fait de cette ténacité de l'infection le traitement médical subira donc des échecs. Quel sera le sort de ces malades chez qui la guérison n'a pas été obtenue ?

Les manifestations génitales apparaissent ou augmentent. Les fonctions génitales sont troublées, allant progressivement vers l'impuissance. L'état général s'altère puis des troubles nerveux plus graves surviennent : anxiété, état dépressif, neurasthénie. D'autres complications peuvent survenir : cystite, épидidymite, vésiculite, inflammations tenaces et rebelles à tout traitement médical. Dans ces cas il faudra songer à une intervention.

VI. — **Traitement Médical**

Il doit être d'abord *préventif*. Il s'efforcera d'éviter la propagation des infections uréthrales, ou, si cette propagation est déjà un fait accompli, de faire cesser l'inflammation aiguë ou chronique et d'empêcher ainsi la suppuration. Le malade devra faire régulièrement ses injections avec les précautions d'usage, suivra une hygiène appropriée, évitera toute cause de congestion de la prostate.

Une fois l'affection constituée, le traitement doit être *général* et *local*.

Le traitement *général* s'adresse au tempérament du sujet, à l'état de son système nerveux. Il comprend tous les moyens susceptibles de modifier le terrain : toniques généraux tels que le fer, l'arsenic, les phosphates chez les anémiques ou les débilités; la vie régulière, l'électrothérapie générale, l'hydrothérapie chez les névropathes,

L'hygiène joue un rôle important dans ce traitement. C'est celle de tous les blennorrhagiques : éviter les causes de congestion prostatique, abus sexuels, excès de table etc.

On fera aussi de la désinfection urinaire au moyen de l'eurotropine, du benzoate de soude et du bleu de méthylène.

Le traitement *local* comprend le traitement de l'urétrite et de la vésiculite concomitantes et celui de la prostatite.

L'urétrite cause directe de la prostatite qui, à son tour, entretient l'infection de l'urètre, sera traitée par les lavages antiseptiques, les instillations, les dilatations, l'uréthrotomie. Le traitement de la vésiculite se confond avec celui de la prostatite.

Le traitement de la prostatite est très complexe. La multiplicité des moyens d'action mis en œuvre, montre l'insuffisance de chacun d'eux pris séparément. Dans les cas rebelles qui nous occupent on sera conduit, devant leur peu d'action à envisager une solution radicale : l'intervention chirurgicale. Les principaux sont le massage, l'électricité, les médications locales, la vaccination.

Le *massage* est actuellement le traitement de base des prostatites chroniques. Il rend de grands services dans toutes les formes de prostatite, excepté dans les formes sèches, fibreuses, où l'expression ne ramène aucun liquide.

Après avoir fait uriner le malade pour entraîner les sécrétions on fait un lavage uréthrovésical avec une solution antiseptique, laissant dans la vessie une partie du liquide. Puis on masse méthodiquement la prostate et les vésicules séminales, en s'attachant aux points dépressibles, susceptibles de contenir du pus, et en exerçant les pressions de la périphérie au centre ce qui permet, en suivant la direction des canaux excréteurs, de mieux vider les

glandes. A la fin de la séance le malade urine le liquide antiseptique contenu dans sa vessie, et il sera pratiqué un court lavage. Les séances durent quelques minutes et sont répétées tous les deux ou trois jours. Elles ne doivent pas déterminer de douleur très marquée.

L'électricité a été appliquée au traitement des prostatites chroniques sous forme de courants galvaniques, faradiques ou de haute fréquence.

Popper pratiquait la faradisation avec une électrode rectale en caoutchouc durci, terminée par une plaque métallique, l'autre électrode étant placée sur le ventre. Janet employait un procédé analogue. Hogge (1) préconisait l'électro-massage de la prostate à l'aide d'un doigtier en caoutchouc, muni à son extrémité d'une mince feuille de platine dans laquelle vient s'épanouir un faisceau de fils conducteurs.

Le courant faradique, le plus efficace, agirait en produisant des contractions des muscles périprostatiques.

Les *médications locales* se font par la voie uréthrale, ou la voie rectale.

Par la voie uréthrale : injections, instillations, bougies médicamenteuses, qui agissent surtout sur l'urétrite.

Par la voie rectale : irrigations chaudes avec canules à double courant, lavements très chauds à 45°, suppositoires variés, à l'ichtyol, à l'iodoforme, à l'iodure de potassium.

La *vaccination* utilise des stock-vaccins ou des auto-vaccins polyvalents, préparés en partant de la culture de l'exsudat uréthral, de la spermoculture, ou du liquide recueilli après l'expression de la glande.

(1) A. F. U. 1899.

Ces divers moyens peuvent suffire dans beaucoup de cas, bien que l'affection soit très longue et puisse durer des mois et des années. C'est pourquoi on doit toujours tenter le traitement médical. Mais il est des cas où l'intervention chirurgicale devient indispensable, soit que la prostatite réagisse sur l'état général par les troubles génitaux ou la neurasthénie qu'elle entraîne, soit pour parer à des accidents de prostatisme dans les formes hypertrophiantes.

CHAPITRE II

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Diverses interventions chirurgicales ont été proposées. Elles atteignent la prostate par trois voies d'accès différentes : la voie endo-urétrale, la voie périnéale, la voie transvésicale. Nous étudierons donc successivement :

1° *Les intervention endo-uréthrales et leurs indications;*

2° *La prostatectomie périnéale;*

3° *La prostatectomie transvésicale;*

4° *Les indications de la voie périnéale et de la voie transvésicale.*

I. — Les Interventions endo-uréthrales

D'une façon générale, dans ces interventions, on tente soit de détruire d'une façon plus ou moins complète le tissu prostatique infecté, soit, comme dans la méthode de

Mac Carthy, d'introduire au sein même de ce tissu des substances médicamenteuses.

1) A l'aide du *galvanocautère*, on pourra débrider l'orifice des fistules prostatato-uréthrales, fistules qui font communiquer avec l'urèthre ces nombreuses cavités purulentes creusées dans la prostate. On va chercher ces fistules sur les parties latérales du veru montanum. Lorsque plusieurs de ces orifices ont été agrandis, ils arrivent à se confondre et à former ainsi une sorte de grande ouverture donnant dans une cavité suppurée.

2) *L'électro-coagulation* permettra de pratiquer l'évidement prostatique. Phelip en a rapporté à l'A. F. U. en 1922 six cas. Il y avait trois cas de prostatite glandulaire et trois cas d'abcès. Dans cinq cas les résultats ont été « bons ».

3) En 1933, à l'A. F. U., Phelip apportait les résultats d'une nouvelle méthode : l'emploi des *courants coupants* pour remplacer l'électro-coagulation qui s'était révélée dangereuse par ses réactions consécutives aux escharres. « Sous le contrôle de la vue, avec des électrodes diverses, on s'efforce d'évider suffisamment les cavités prostatiques pour que la rétention purulente soit supprimée dans la mesure du possible. »

Neuf interventions ainsi pratiquées donnèrent les résultats suivants :

Dans 5 cas : résultats satisfaisants.

2 autres cas ont nécessité une ablation par voie sus-pubienne.

Les 2 cas restants : amélioration suffisante.

4) La technique et les résultats de l'*étincelage*, qui ne diffère de l'électro-coagulation que par la petite distance qui sépare l'extrémité de la sonde à diathermie du point

à traiter, ont été exposés par Montaigne dans sa thèse. L'étincelage permet de détruire les végétations charnues, les bulles d'œdème, et de curetter les lacunes prostatiques et les orifices glandulaires. Les résultats ont été très satisfaisants.

5) Enfin, récemment, au Congrès de l'American Medical Association, Mac Carthy a apporté les résultats obtenus avec une instrumentation personnelle qui permet d'*introduire les substances médicamenteuses directement dans le parenchyme prostatique* en suivant la voie urétrale.

L'instrumentation comprend l'uréthroscope ordinaire, et l'électrotome pour résection de la prostate en remplaçant la lame coupante par une aiguille-canule spéciale, munie à l'extérieur d'un entonnoir dans lequel on verse, chaque fois qu'on pique un point différent de la prostate, quelques gouttes d'électrargol, ou d'auto-filtrat bactérien.

Wugmeister (de Milan) injecte des stock-vaccins anti-gonococciques soit par voie transurétrale, soit par voie transrectale, soit par voie transpérinéale.

Caporale (de Turin) qui emploie cette méthode, pratique quatre à six injections à la distance de six à dix jours. Il a obtenu les résultats suivants :

Sur 15 malades traités :

7 guérisons complètes;

2 améliorations notables;

6 insuccès.

D'une façon générale, à ces interventions endo-urétrales nous faisons plusieurs reproches :

D'une part, bien que faites sous le contrôle de la vue, elles restent aveugles car il est difficile d'apprécier leur action en profondeur.

D'autre part, ces interventions qui sont logiques dans le cas d'un gros abcès unique de la prostate pour débrider la fistule et détruire partiellement les parois de la caverne,

ne peuvent donner les mêmes résultats dans les cas de prostatite glandulaire où la prostate, creusée de nombreux abcès miliaires qui donnent à la radiographie des images « en grappe de raisin », est transformée en une véritable éponge purulente. Dans ces cas, l'intervention endourétrale est fatalement incomplète et laisse certains foyers non traités.

Enfin, dans les formes hypertrophiantes avec rétention, elles ne peuvent libérer la vessie de l'obstacle qui s'oppose à son expression complète.

Si nous reprenons ces méthodes en particulier, nous voyons que les résultats n'en sont pas uniformément satisfaisants.

La méthode de Mac Carthy compte à son actif presque autant d'insuccès que de succès. C'est cependant une méthode intéressante qu'il sera utile de tenter dans les cas de prostatite glandulaire. Mais elle sera de peu d'action dans les formes avec rétention et dans les formes fistulisées.

L'étincelage nous paraît s'adresser beaucoup plus aux lésions de la muqueuse urétrale qu'à celles de la prostate.

L'électro-coagulation et l'emploi des courants coupants comptent aussi des insuccès. Phelip dit en propres termes : « Le diagnostic une fois fait, on peut *essayer* d'utiliser la voie endoscopique, quitte à pratiquer la voie sus-pubienne en cas d'échec, comme nous l'avons fait deux fois. »

En résumé, ces interventions nous paraissent n'avoir qu'une seule indication : le cas d'un vieil abcès chronique de la prostate fistulisé dans l'urèthre et y entretenant une suppuration interminable.

Quant à la méthode de Mac Carthy, il sera toujours bon de l'essayer dans les cas de prostatite glandulaire ou parenchymateuse sans rétention, où la prostate grosse

et molle laisse écouler un liquide abondant par le massage, et où l'on ne rencontre pas de petits abcès à coque indurée, fibreuse. Intervention facile et sans danger, qui fait presque partie du traitement médical, on doit la tenter dès que celui-ci n'arrive pas à bout d'une prostatite.

Mais, dans tous les autres cas rebelles au traitement médical, une seule intervention est logique : c'est l'ablation de tout le tissu glandulaire infecté, la prostatectomie vraie, soit par voie périnéale, soit par voie hypogastrique. Après avoir étudié ces deux méthodes, leurs avantages et leurs inconvénients, nous discuterons leurs indications.

II. — La prostatectomie périnéale

La prostatectomie périnéale a été pratiquée par Albaran. Camilatos, dans sa thèse, en rapporte plusieurs observations et en donne la technique.

Après avoir découvert la face postérieure de la prostate, un écarteur protégeant le rectum, on incise les deux lobes de chaque côté de l'urèthre qu'on respecte ainsi que les canaux éjaculateurs. Avec une curette tranchante, au besoin en s'aidant des ciseaux, on curette fortement chacun des lobes latéraux en extirpant partiellement la glande. Tamponner. Drainer pendant 2 à 3 jours. Pansement tous les jours après lavage de la cavité à l'eau oxygénée.

Cette intervention, dans les observations rapportées par Camilatos, et dans l'observation de M. le professeur Duvergey (obs. II) que nous rapportons, a eu d'excellents résultats. Les différentes manifestations morbides de la prostatite, douleurs, écoulement, dysurie, fièvre, hypocondrie ont disparu. Les malades sont vraiment guéris.

Son meilleur avantage est, en respectant l'urèthre et les canaux éjaculateurs, de conserver au malade à la fois sa génitalité, et, d'une façon générale, ses éjaculations, car dans une des observations de Camilatos, « l'éjaculation est réduite à un peu de liquide qui ne contient pas de spermatozoïdes ». Ce fait de conserver au malade ses éjaculations est une supériorité sur la prostatectomie hypogastrique où, dans tous les cas, l'éjaculation est nulle, ou extrêmement réduite, ou se fait dans la vessie.

Mais la prostatectomie périnéale n'est pas toujours facile. Le décollement prostato-rectal peut être difficile dans ces cas de suppuration chronique. On peut toujours craindre de léser le rectum et de voir apparaître une fistule prostato-rectale qui nécessiterait une nouvelle opération.

D'autre part, la paroi postérieure de l'urèthre est toujours très fragile. Il n'est pas toujours très facile d'éviter de le crever pendant l'intervention. Parfois, il s'est ouvert spontanément avant l'intervention. D'autres fois, c'est deux à trois jours après l'opération que l'écoulement de l'urine par le périnée, pendant les mictions, témoigne de son ouverture secondaire. Et le drainage par le périnée est une mauvaise condition pour obtenir la guérison de ces foyers : on risque de voir apparaître une fistule uropurulente périnéale qu'il faut traiter (obs. IV et V).

Enfin, par la voie périnéale, le col vésical et la partie initiale de l'urèthre sont respectés. Ces régions, toujours infectées au cours de la prostatite chronique, peuvent être plus tard le siège de sténose, ou le point de départ d'un adénome, ou le foyer qui entretiendra l'urétrite chronique, comme en témoigne une des observations de Camilatos (obs. 2) où le malade présente encore, pendant une période de 2 ans et demi après son opération, huit

« crises » caractérisées par de la fièvre, des douleurs péri-néales et de la rétention, dont la dernière amena une rétention aiguë.

III. — La Prostatectomie transvésicale

Le Fur et Loumeau pratiquèrent les premiers cette intervention pour prostatite chronique en 1907.

Marion en rapporte 16 cas à l'Association Française d'Urologie en 1913. En 1921, dans le Journal d'Urologie, il en rapporte 9 autres cas et indique sa technique.

Dans ses premières opérations, après avoir fait une cystostomie, il pratiquait sur chaque lobe prostatique perçu par le toucher rectal une incision partant en arrière du col et se portant en arrière et en dehors. Par cette brèche, le doigt décollait et énucléait le lobe prostatique. Mais de cette façon, le col vésical était laissé en place. Il est préférable de l'enlever; cela est même nécessaire dans les formes avec rétention.

La technique actuelle, décrite par Codet dans sa thèse et pratiquée par Marion, est la suivante :

A) Préparation du malade.

L'opération sera précédée d'une désinfection soigneuse de la vessie et de l'urèthre. Une série d'injections de vaccin sera toujours utile, nécessaire dans le cas de suppuration à streptocoques.

B) Opération.

1). — *Ligature et section des canaux déférents* : Cette section sera faite à la partie supérieure du scrotum. Elle met à l'abri des orchio-épididymites. Elle entraîne à coup

sûr l'infécondité du sujet; mais n'altère en rien la puissance de l'individu.

2). — *Cystostomie.*

3). — *Prostatectomie proprement dite.*

1^{er} temps : Incision au bistouri de la paroi vésicale au niveau de la prostate; un doigt dans le rectum présentant la prostate à la main droite qui travaille dans la vessie. L'incision sera circulaire autour du col vésical, immédiatement au niveau de la prostate, pour enlever le col vésical. On peut faire cette incision, soit à bout de doigt, le bistouri collé contre l'index et fixé dans la paume de la main, soit à ciel ouvert.

2^{me} temps : Décollement de la prostate au doigt et énucléation de chaque lobe prostatique, au besoin par morcellement.

3^{me} temps : Lavage de la vessie avec une solution antiseptique. Tamponnement.

C) *Soins post-opératoires.*

Ce sont ceux de la prostatectomie pour adénome.

La prostatectomie est ainsi réalisée en un seul temps. Il sera quelquefois nécessaire de la réaliser en deux temps comme l'adénomectomie. Pour cela, on se basera sur l'état général du malade, sur son azotémie, sur sa rétention vésicale.

D'autre part, le bistouri n'est pas toujours nécessaire pour pratiquer l'incision du col vésical. Comme dans l'adénomectomie, on peut déchirer avec l'index le plancher vésical. C'est ainsi qu'opérait Loumeau en 1907 et il ne rencontrait pas de difficultés insurmontables. Cependant, opérer de cette façon est en général plus difficile

que lorsqu'il s'agit d'un adénome, car la paroi vésicale est moins friable.

Les résultats de la prostatectomie sus-pubienne sont excellents.

La mortalité — 2 décès sur 21 opérés dans la thèse de Codet, décès dus à l'intervention de septicémie à streptocoques — doit pouvoir être abaissée par les soins préopératoires.

Au point de vue de la génitalité, Marion signalait en 1921 que tous ses opérés avaient conservé leur puissance génitale, érections et sensation de volupté. De même les opérés qui ont pu être revus, dont Codet rapporte les observations. Pareillement, dans les observations que nous rapportons, les malades ont conservé ou même retrouvé leur puissance génitale. Pour certains même, l'opération fut suivie d'une période d'excitation sexuelle.

Mais il n'y a pas d'éjaculation, ou bien elle est très minime : Marion l'avait remarqué dans ses premières opérations alors qu'il ne pratiquait pas encore la section des canaux déférents. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, d'abord parce que le liquide spermatique doit être réduit au minimum après cette intervention, et ensuite parce que ce liquide spermatique ne pourrait être rejeté au dehors du fait des lésions importantes de l'urèthre prostatique. Les opérés sont donc inféconds puisqu'il n'y a plus d'éjaculation possible. C'est la raison qui permet de pratiquer la section systématique des canaux déférents pour éviter les orchio-épididymites.

C'est cependant un inconvénient redoutable chez les jeunes sujets, chez qui, malgré que leur fécondité soit déjà souvent compromise par les lésions graves du carrefour uro-génital, on doit toujours à ce point de vue se montrer très conservateur et ne pas perdre l'espoir qu'ils retrouveront un jour leur fécondité normale.

L'opération aussi est difficile. Le décollement au doigt de la prostate est toujours très délicat, souvent très pénible du fait des adhérences de la prostate avec les parois de sa loge, et de la difficulté qu'on éprouve à trouver un plan de clivage; on est alors obligé d'enlever la prostate par morcellement.

Mais, sur les interventions précédentes, la prostatectomie transvésicale présente de nombreux avantages.

Elle permet un accès facile sur la prostate.

C'est une opération radicale; l'ablation des tissus glandulaires infectés est plus complète que dans n'importe quelle autre intervention. Le col vésical, respecté dans la prostatectomie périnéale, est enlevé : de ce fait, il ne demeure aucune région infectée.

Elle réalise la dérivation des urines à distance du foyer opératoire : de ce fait, il n'y a donc pas à craindre de fistule urinaire.

Enfin, les observations que nous rapportons montrent que la prostatectomie sus-pubienne a guéri complètement des malades sur qui tous les traitements avaient échoué, y compris la prostatectomie périnéale.

IV. — Indications et Contre-Indications de la voie hypogastrique et de la voie périnéale.

Nous devons répéter ici que les cas sont relativement rares où une prostatite résistera au traitement médical. Dans la plupart des cas, la prostatite chronique cède plus ou moins rapidement aux moyens médicaux, massage, dilatations, instillations, vaccinothérapie.

Mais dans les cas rebelles, il est nécessaire de pratiquer une intervention chirurgicale. Nous avons déjà dit que les

interventions endo-uréthrales ne nous paraissent avoir que des indications très limitées. Il faudra donc songer à la prostatectomie, soit par voie périnéale, soit par voie hypogastrique. Quelle voie choisirons-nous ?

La prostatectomie transvésicale nous paraît l'opération la meilleure et la plus complète. Mais, inconvénient majeur, elle rend l'opéré, à coup sûr, infécond.

Dans ces conditions, sa première indication est de ne la pratiquer que sur des *sujets âgés*, chez lesquels l'infécondité a peu d'importance. En outre, chez ces malades âgés, elle aura l'avantage de les débarrasser de cet adénome prostatique en formation que présente, d'une façon générale, tout homme d'un certain âge.

Chez un homme jeune, au contraire, il faudra éviter la voie sus-pubienne, et pratiquer la prostatectomie périnéale, pour cette raison qu'elle conserve au malade sa fécondité et ses éjaculations, qu'il s'agisse d'abcès chronique à marche lente, ou d'une prostatite glandulaire à grosse prostate — dans ce dernier cas, on tentera d'abord l'injection de substances médicamenteuses.

Cependant, même chez un malade jeune, il est des cas où l'on ne doit pas se préoccuper de l'infécondité du sujet, et où doit être pratiquée la prostatectomie sus-pubienne. Ce sont :

Les *formes avec fistules périnéales* où il est nécessaire de supprimer le foyer initial prostatique pour voir les fistules se fermer définitivement. Les observations montrent que le débridement de la fistule, ou la prostatectomie périnéale, ne suffisent pas à les guérir.

Les *formes avec abcès fistulisé dans l'urèthre*, dans lesquelles une ou plusieurs cavernes contenant de nombreux petits calculs, mal drainées, à parois indurées formant une coque fibreuse, entretiennent une suppuration persistante, — si ces formes ont résisté, et c'est souvent le cas, au

débridement et au curettage par voie endo-urétrale. -- Dans ces formes, la prostatectomie périnéale a de mauvais résultats du fait qu'elle réalise le drainage par le périnée et expose à une fistule uro-purulente.

Les *formes avec rétention* où la prostatectomie sus-pubienne est nécessaire pour enlever le col vésical. Dans ce dernier cas, Marion signalait en 1921 que le résultat de la prostatectomie sus-pubienne était parfait (obs. VII).

De toute façon, dans tous les cas où l'on devra intervenir, il sera nécessaire de connaître l'état bactériologique de la suppuration prostatique. Dans le même article de Marion déjà cité, une observation montre que la prostatectomie sus-pubienne peut être suivie d'accidents mortels lorsqu'on s'attaque à des suppurations qui possèdent une virulence particulière. Dans le cas en question, il s'agissait d'une suppuration à streptocoques, sommeillant depuis de longues années, ayant provoqué une fistule interminable du côté du périnée.

Dans ces cas, la voie périnéale est préférable. Elle expose moins à une septicémie. C'est celle qu'a utilisée M. le professeur Duvergey sur un de ses malades (obs. II). Dans ce cas, il y avait des streptocoques dans la suppuration prostatique, et cependant, le malade a guéri très facilement et sans incidents.

Il sera bon dans ces cas de suppuration virulente, d'atténuer d'abord la virulence du streptocoque par des instillations, des lavages, et une série d'injections de vaccin antistreptococcique.

Enfin, dans les formes *essentiellement douloureuses*, sans écoulement très marqué, sans rétention, il faudra s'abstenir d'intervenir. Les douleurs, lorsqu'elles sont le phénomène majeur de la prostatite, répondent plutôt à des névralgies, souvent liées à un état neurasthénique très prononcé des malades, plutôt qu'à des lésions nettement

inflammatoires de la prostate. Dans ces conditions, l'intervention est inutile : la prostatite n'est pas assez importante pour nécessiter une opération; quant aux douleurs, elles persistent après l'intervention (Obs. VI).

Dans ces conditions, il faudra continuer le traitement médical, sans oublier le traitement anti-névralgique et psychique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

DUVERGEY. — *Le traitement chirurgical des prostatites chroniques* (A. F. U. 1934, p. 484.)

Prostatite chronique. — Prostatectomie transvésicale. —

C... Jean, 47 ans, entre le 18 mai 1934, salle C., lit 14 bis pour pollakiurie nocturne accusée, et retard, difficultés à la miction. Dans ses antécédents pas d'autre affection en dehors d'une blennorrhagie à 30 ans, complètement guérie depuis longtemps. Le début de l'affection remonte à six mois : pollakiurie s'installant progressivement obligeant le malade à se lever 6 à 8 fois par nuit. Pas de douleur, mais retard important de la miction et diminution de la force du jet.

A l'examen, homme amaigri et pâle, pas de fièvre. Rien du côté des reins ni des uretères.

Au toucher rectal, prostate du volume d'une mandarine, ferme, régulière, bien limitée, non douloureuse au toucher.

Canal perméable au cathétérisme facile, montrant un résidu de 100 cc. Urines claires, amicrobiennes, sans éléments figurés avec 0,50 cgr. d'albumine par litre. Azotémie 0,45 cgr. Tension artérielle normale. Tous les appareils fonctionnent normalement. Le diagnostic d'adénome prostatique chez un homme jeune est posé.

Le 25 mai 1934 : Cystostomie sous anesthésie locale.

Le 7 juin 1934 : Prostatectomie. En pratiquant l'énucléation d'une masse faisant une saillie régulière accusée dans la vessie, un flot de pus apparaît tandis que le doigt tombe dans une cavité du volume d'une petite mandarine. Le pus est bien lié, fétide.

La masse est énucléée, constituée par des éléments adénomateux discrets.

Les suites opératoires sont celles d'un adénome banal.

Guérison complète fin juin 1934. Le malade revu en septembre est revenu à une parfaite santé. Cependant, l'éjaculation n'est pas normale et se fait dans la vessie.

OBSERVATION II

DUVERGEY : *loc. cit*

Prostatite chronique. — Curettage de la prostate par voie périnéale.

V... Paul, 26 ans, employé de banque, a contracté une blennorrhagie à l'âge de 18 ans, qui a passé à l'état chronique.

Je l'ai soigné depuis 7 ans avec des interruptions. Tous les traitements ont été essayés : massage de la prostate, dilata-tions au béniqué, grands lavages, antiseptiques urinaires, auto-stock-vaccins. Aucun résultat n'a pu être obtenu définitivement. Des améliorations passagères seules ont été notées,

suivies de rechutes, avec cystite survenant par poussées aiguës et traitée par les instillations intra-vésicales. La symptomatologie est toujours la même.

Écoulements uréthraux blanchâtres, quelquefois jaunâtres. Filaments lourds, en virgule, très nombreux. Sensation de pesanteur au niveau de la région périnéo-rectale. L'examen histo-bactériologique montre de nombreux microbes : strepto, coli, pas de gono. Le moral de ce malade est mauvais. Au toucher rectal, prostate volumineuse. Le massage fait écouler un liquide abondant.

Dans ces conditions, je me décide à intervenir par la voie périnéale, le malade et sa famille tenant essentiellement à la conservation intacte des facultés génitales.

Le 2 juillet 1934, périnéotomie longitudinale. Un béniqué est placé dans l'urètre. Je tombe sur la prostate grosse : chaque lobe est incisé de chaque côté de la ligne médiane. Des cavités sont ouvertes d'où s'échappe un liquide blanchâtre. Les cloisons sont effondrées, chaque lobe est cureté avec précaution. Attouchement des cavités avec une solution de chlorure de zinc au 1/10^e. Tamponnement avec une mèche de chaque lobe. Drainage. Suites opératoires normales. Les mèches sont enlevées au bout de 48 heures.

La guérison est totale fin juillet 1934. La plaie opératoire a guéri très facilement. Au toucher rectal la prostate est aplatie, dure; son volume a diminué. Les écoulements uréthraux ont disparu ainsi que les filaments. La sensation de lourdeur, pesanteur périnéale n'existe plus.

Je revois cet opéré en fin septembre 1934. Il est très bien. L'urine renferme quelques rares et légers filaments qui n'ont rien de comparable à l'état préopératoire de ce malade. Ce jeune homme a conservé entièrement sa génitalité intacte.

OBSERVATION III (inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur DUVERGEY.

Prostatite chronique ancienne. — Prostatectomie hypogastrique.

M... Pierre, 59 ans, a contracté à l'âge de 24 ans une blennorrhagie traitée par les lavages, qui a duré plus d'un an. Dans la suite succession de plusieurs poussées blennorrhagiques à différentes reprises, si bien que le malade prétend avoir eu six blennorrhagies, la dernière à l'âge de 55 ans.

Depuis cette époque, filaments dans l'urine, goutte purulente plusieurs fois dans la journée.

A l'examen, léger résidu vésical, 60 à 80 cc.

A la cystoscopie, col surélevé, irrégulier, signe de Marion positif.

Au toucher rectal, prostate grosse, irrégulière, un peu bombée. Par le massage on ramène un peu de pus au méat. L'examen bactériologique montre des staphylocoques et des colibacilles. Azotémie : 0,25 ctgr. Bon état général.

Ce malade désirant être débarrassé de ces accidents qui déterminent une psychose accusée avec inquiétudes constantes, subit la prostatectomie en un temps le 20 mars 1935.

La pièce enlevée est du volume d'une petite mandarine, creusée de cavités nombreuses remplies les unes de liquide purulent, les autres de liquide blanchâtre, laiteux, séparées par des cloisons d'épaisseur variable.

La guérison fut radicale à la suite de cette intervention. Le malade a été revu en octobre 1935 complètement débarrassé de tous ses accidents antérieurs.

OBSERVATION IV

1° *Compte rendu de la présentation d'un malade de Loumeau à la Société de Médecine et de chirurgie de Bordeaux (Journal de Médecine de Bordeaux N° 21, 23 mai 1909).*

Le 14 mai 1909, M. Loumeau présente un malade de soixante-quatorze ans qui, à la suite d'une uréthrite légère survenue à l'âge de trente ans, fut pris d'accidents prostatiques se traduisant tout d'abord, au bout de quelques mois, par de la rétention d'urine; plus tard, à cinquante-sept ans, par un abcès de la prostate spontanément ouvert dans le rectum, et, à 72 ans, en juillet 1907, par un gonflement douloureux de la glande, avec dysurie, malaise fébrile, orchite gauche aiguë, et, à droite, une volumineuse hydrocèle symptomatique d'une épididymite chronique.

Une large périnéotomie permit à cette époque à M. Loumeau d'inciser profondément et de drainer les deux lobes prostatiques suppurés, après résection des canaux déférents, et éversion de la vaginale droite. L'opéré guérit en conservant une fistule uréthro-rectale qui, bien qu'atténuée, persistait encore en janvier 1909. A ce moment éclatèrent de nouveaux accidents très pénibles : cystite calculeuse suraiguë, prostate grosse et douloureuse paraissant être le siège d'une poussée inflammatoire récente greffée sur une suppuration ancienne de cet organe, latente, mais non guérie.

L'opération de Freyer, pratiquée le 15 janvier 1909 donna issue à plusieurs calculs vésicaux phosphatiques et à trois gros lobes prostatiques au sein desquels le microscope décela de l'adénome du côté droit, une inflammation intense çà-et-là suppurative dans le lobe moyen, avec une énorme dilatation kystique des tubes glandulaires, une inflammation plus avancée encore dans le globe gauche, au centre duquel existait une vieille cavité purulente communiquant par un trajet

sinueux avec la face rectale de la glande. Ainsi s'explique la fistule uréthro-rectale dont le patient a souffert si longtemps et qui a complètement disparu après la prostatectomie. Actuellement, le malade est complètement guéri, se porte à merveille, urine normalement et vide sa vessie sans sonde.



2° *Compte rendu d'une nouvelle présentation du même malade (Journal de Médecine de Bordeaux, août 1918, N° 8).*

Le 5 juillet 1918, M. Loumeau ramène devant la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux le malade qu'il lui a déjà présenté le 14 mai 1909.

Depuis qu'il a subi l'opération de Freyer, le sujet, âgé aujourd'hui de 83 ans, jouit d'une robuste et magnifique santé. Rose et frais, menant une vie très active comme agent de recouvrements, et assurant de ses propres mains tous les soins de son ménage solitaire, ce vieillard a l'air de beaucoup plus jeune que son âge.

Il urine clair, librement, à volonté et vide entièrement sa vessie. Le toucher rectal montre qu'au lieu d'une légère saillie globuleuse et sculpée due à la prostate redevenue normale, qui survit d'ordinaire à l'ablation — par ce qu'on appelle improprement la prostatectomie — d'un adénome intra-prostatique, il existe chez lui un plan uniformément lisse et régulier, rappelant la sensation que donne la paroi vésico-vaginale à l'index explorateur du vagin. Ce qui s'explique aisément par le fait qu'ici la glande tout entière a été enlevée par l'opération, avec les parties adénomateuses, inflammatoires et suppurées qu'elle contenait et que l'on ne retrouve dans cette région que le plancher de l'urèthre postérieur et du trigone vésical.

OBSERVATION V

MARION (*Journal d'Urologie*, t. XI, n^{os} 5-6,
mai-juin 1921, p. 472).

L... Paul, 42 ans, imprimeur. Le 15 septembre 1909 le malade est pris de douleurs périnéales, de dysurie progressive allant jusqu'à la rétention. Le 25 décembre il se fait une ouverture spontanée d'un abcès prostatique dans le rectum. Le malade dit n'avoir jamais eu de blennorrhagie et l'explication de cet abcès ne put être donnée.

Dans le courant de janvier 1910 l'abcès se reforme. Le malade entre alors dans le Service Civiale et le 25 février 1910 M. Mascarenhas, interne du Service, ouvre un abcès de la prostate par incision périnéale. Il trouve des cavités anfractueuses d'où sortent des morceaux de sphacèle. Drainage par quatre drains. Le malade sort le 17 avril 1910 avec une fistule périnéale qu'il conserve.

En octobre 1910, le malade rentre à Necker où il est opéré pour ses fistules mais sans résultat.

Le 14 décembre 1910, le malade entre à nouveau dans le Service Civiale pour une tuméfaction du testicule droit du volume d'un œuf, rénitente et douloureuse. Les deux épidyymes sont gros, surtout le droit. Il existe deux fistules périnéales; l'urèthre est rétréci, la capacité vésicale est de 20 grammes.

Le 20 décembre 1910, castration droite pour épidymité et orchite suppurée. On profite du séjour du malade à l'hôpital pour essayer de faire disparaître la fistule périnéale au moyen d'une sonde à demeure, mais le malade sort le 11 janvier 1911 avec ses fistules.

Le 12 janvier 1912 il revient dans le Service Civiale pour deux fistules périnéales qui communiquent toujours avec

l'urèthre. Il est opéré de nouveau le 18 janvier. Les fistules sont débridées largement et la prostate, à laquelle elles aboutissent, curettée. Sonde à demeure dans l'urèthre. Le malade sort au mois de janvier étant encore porteur de deux fistules. Il les conserve pendant toute la durée de la guerre.

Le malade revient le 24 janvier 1921 pour ses fistules qui laissent passer du pus et de l'urine. L'urine ne passe du reste qu'au moment de la miction. Il est évident que ces fistules sont en rapport avec une suppuration ancienne de la prostate et sont indépendantes de l'urèthre antérieur. Par le toucher rectal on les sent, en effet, se prolonger jusqu'à la région prostatique. A l'uréthroscope, on voit l'ouverture d'une caverne dans la région prostatique.

Opération le 2 février 1921. Prostatectomie par voie hypogastrique. J'enlève des tissus fibreux péri-cervicaux formant la paroi d'une cavité irrégulière que j'ouvre largement et que je mets largement en communication avec la vessie.

Les suites de l'opération furent très simples et le malade sortait de l'hôpital, guéri de sa prostatectomie, le 22 mars. Mais il présentait encore une fistulette périnéale; l'une des fistules s'était fermée, l'autre s'était rétrécie et à chaque miction il passait encore quelques gouttes d'urine par la fistule.

Le malade est encore en traitement pour la régularisation de son canal prostatique. Il conserve encore des urines un peu troubles; mais sa capacité vésicale qui était extrêmement faible avant l'opération a déjà considérablement augmenté : 180 cc. Quant à la fistule, d'après les dires du malade, elle diminue de jour en jour et actuellement ne donne passage qu'à quelques gouttes d'urine.

OBSERVATION VI

MARION (*loc. cit.*, p. 469).

Adrien B..., 56 ans, jardinier. Entré le 25 novembre 1919, Service Civile, pour des phénomènes douloureux du périnée,

du bas-ventre et de l'anus, apparaissant aussitôt que le malade marche ou se fatigue un peu. Le début des accidents remonte à une électrolyse linéaire pratiquée en 1915 et suivie d'accidents infectieux. Depuis cette époque, soigné à diverses reprises, et parfois très longtemps, sans amélioration. Actuellement, la prostate est augmentée de volume et le lobe droit est dur.

Opération le 6 décembre. Cystostomie. Par une incision faite au bistouri sur chacun des deux lobes, on énuclée successivement ceux-ci, en respectant le col et les canaux déférents. Drainage.

Lobes augmentés de volume, présentant à la coupe des cavités multiples microscopiques d'où sort un liquide trouble, légèrement jaunâtre, d'apparence purulente. Suites normales. Sortie le 8 janvier 1920.

Revu le 12 février. Les urines sont encore un peu troubles et les douleurs n'ont pas complètement disparu. Je conseille des instillations de nitrate d'argent.

Le malade n'est plus revenu.

OBSERVATION VII

MARION : citée in thèse Codet.

P., Louis, 64 ans, employé. Entre le 18 décembre 1922 au Service Civile. Il présente une rétention complète aiguë d'urine depuis dix jours. Auparavant pollakiurie, surtout nocturne. Au toucher, la prostate est augmentée de volume à gauche, bien limitée, molle; à droite indurée, mal limitée dans la région supérieure.

On porte le diagnostic de néoplasme prostatique.

Le 30 décembre 1922 : cystostomie pour rétention complète. Le malade sort le 27 janvier porteur d'une cystostomie.

Il est revu le 16 février 1923; le noyau prostatique droit

a complètement disparu. La prostatectomie est proposée au malade qui accepte.

Le 28 février 1923 : prostatectomie sus-pubienne pour prostatite chronique antérieurement diagnostiquée néoplasme.

Les suites opératoires sont normales, mais la vessie, fistulisée depuis décembre 1922, n'est pas encore fermée en avril. Le 11 avril 1923, fermeture de la vessie en deux plans. Sortie le 22 avril.

OBSERVATION VIII

MARION : citée in thèse Codet.

B... Jules, 41 ans, secrétaire, entre le 27 février 1926 dans le Service Civile, pour un écoulement perpétuel de l'urèthre, de la dysurie et de la pollakiurie.

En 1913, il présente un abcès de la prostate qui est incisé. Quelques semaines plus tard, la guérison est complète. Puis, 7 à 8 mois après, apparition de pollakiurie, dysurie. Le malade fait de très gros efforts pour uriner. Des tentatives de dilatation sont faites. Elles sont suivies de poussées thermiques et d'épididymites à répétition (deux de chaque côté). Puis, apparition d'un écoulement par le canal, 18 mois avant l'entrée dans le service. Ce malade arrive, à cause de la pollakiurie et de la dysurie, à se sonder de 2 à 5 fois par jour.

A l'exploration, le canal est perméable. Le toucher montre une prostate dont les deux lobes sont augmentés de volume, surtout le droit, irrégulier, bosselé, avec périprostatite. Il existe, d'autre part, des noyaux épидидymaires bilatéraux.

Le 20 mars 1926 : Prostatectomie pour prostatite ancienne. Le malade a des suites opératoires rapides et sort le 10 avril.

Revu le 27 juillet 1927. Le malade est en excellent état, a repris 15 kilos. Il n'a ni douleur, ni pollakiurie, ni dysurie. Les urines sont claires. Au point de vue génital, la puissance n'est nullement modifiée, au contraire. Les sensations volup-

tueuses sont les mêmes. Le malade a remarqué qu'il n'y a aucune éjaculation. Il est absolument ravi de son état.

OBSERVATION IX (inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur ORAISON

X..., médecin capitaine, 45 ans, à la suite d'une ancienne hémorrhagie, fait une prostatite aiguë en 1923.

Écoulement urétral purulent, jaunâtre. Gène douloureuse au niveau du périnée, dysurie, écoulement prostatique pendant la défécation. Au toucher rectal, prostate molle et douloureuse, augmentée de volume.

Ces signes s'exagérant et la fièvre apparaissant, on porte le diagnostic de phlegmon prostatique.

Le malade rentre au Val-de-Grace où une intervention par voie endo-urétrale est pratiquée. Il y reste 2 mois, mais lorsqu'il en sort, il n'est pas complètement guéri.

La suppuration continue malgré les massages et les lavages faits régulièrement. Les mictions sont douloureuses, il ne peut uriner qu'accroupi. Le malade est devenu à peu près impuissant; son moral est très atteint.

En 1922, trois mois après sa sortie du Val-de-Grace, le Docteur Oraison lui propose la prostatectomie par voie hypogastrique. L'opération a un résultat excellent. Les suites opératoires sont normales et le malade sort guéri de la clinique.

Le malade est revu plusieurs fois par la suite. Il urine bien, a retrouvé toute sa puissance génitale. Dans les mois qui ont suivi son opération, il a même eu une période d'excitation sexuelle. A l'heure actuelle, ce médecin, âgé de 57 ans, est en excellente santé.

CONCLUSIONS

I. — Les prostatites chroniques sont des infections très longues et extrêmement tenaces. Dans la majorité des cas le traitement médical arrive à les guérir. Mais dans certains cas, assez rares il est vrai, elles résistent au traitement médical le mieux conduit.

II. — Dans ces cas rebelles il y a lieu d'intervenir chirurgicalement.

III. — Le débridement des fistules et le curettage de la prostate par voie endo-urétrale peuvent être essayés dans le cas d'un abcès chronique de la prostate fistulisé dans l'urèthre.

IV. — L'introduction au sein du parenchyme prostatique de substances médicamenteuses trouve son indication dans les cas de prostatite glandulaire ou parenchymateuse.

V. — Dans toutes les autres formes de prostatite chronique rebelle, où si les interventions précédentes ont échoué,

la prostatectomie, soit par voie périnéale, soit par voie transvésicale est l'intervention logique, car elle réalise l'ablation entière des tissus infectés : elle doit être pratiquée.

VI. — La voie hypogastrique paraît supérieure à la voie périnéale parce qu'elle supprime plus complètement toutes les lésions et n'expose pas à des fistules périnéales ou rectales comme la voie périnéale. Mais elle a l'inconvénient de rendre le sujet infécond, inconvénient que ne présente pas la voie périnéale.

Les résultats des deux interventions sont excellents au point de vue général et au point de vue génital. Au point de vue urinaire, la prostatectomie hypogastrique paraît supérieure surtout dans les cas avec rétention.

VII. — La prostatectomie sus-pubienne est indiquée :

1° chez les malades âgés ;

2° dans certains cas chez les sujets jeunes ; ce sont :

a) les formes avec fistules périnéales,

b) les formes avec rétention,

c) les formes avec fistules uréthro-prostatiques, si si elles ont résisté aux interventions endo-uréthrales.

VIII. — D'une façon générale, la prostatectomie sus-pubienne est contre-indiquée chez les malades jeunes, chez lesquels on utilisera la voie périnéale.

IX — L'intervention sera précédée d'un examen bactériologique. Au cas de suppuration à streptocoques la voie périnéale est préférable, la voie hypogastrique contre-indiquée ; il sera bon de vacciner le malade.

X. — Dans les formes essentiellement douloureuses, mieux vaut s'abstenir d'opérer, les lésions ne nécessitant pas une

intervention et le résultat de l'intervention pouvant être nul au point de vue des douleurs qui tiennent principalement à un état névropathique du sujet.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. DUVERGEY.

Vu : *Le Doyen,*

Pierre MAURIAC.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 29 Novembre 1935.

A. TERRACHER

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — De l'Intervention chirurgicale dans les abcés de la prostate.
- BUTTLER (DE). — Neurasthénie urinaire par prostatite chronique guérie par prostatectomie partielle. *Gazette des Hôpitaux* 1913.
- CAMILATOS.⁶ — La prostatectomie périnéale dans les prostatites chroniques. Thèse de Paris, 1909.
- CAPORALE. — Sur le traitement direct intra-urétral des vésiculites et des prostatites chroniques. A. F. U. 1934, p. 509.
- CODET. — Prostatectomie sus-pubienne dans les prostatites chroniques rebelles au traitement médical. Thèse de Paris, 1928.
- DUVERGEY. — Le traitement chirurgical des prostatites chroniques, A. F. U. 1934, p. 484.
- LAVENANT. — Périnéotomie pour abcés chronique de la prostate A. F. U. 1932.
- LEGUEU. — Traité d'Urologie, Paris, Masson, 1928.
- LOUMEAU. — Opération de Freyer appliquée au traitement de certaines suppurations prostatiques. A. F. U. 1907.
- Résultats éloignés d'une opération de Freyer pratiquée pour suppuration chronique de la prostate. *Journal de Médecine de Bordeaux*, Aout 1918, p. 234.

- LYDSTON. — Opération the treatment of choix in prostatitis, *and. Cut. Rev.* St Louis 1928, XIV, p. 224.
- MARION — Prostatectomie sus pubienne dans les prostatites chroniques. A. F. U. 1913. *Journal d'Urologie* 1921, t. XI, N° 5 6, p. 467.
- Technique chirurgicale en Urologie, Paris, Maloine, 1932.
- MOCK (Jack). — Traitement opératoire des prostatites chroniques, *Bull. et Mém. de la Société de Médecine de Paris.* 1927. N° 17.
- MONTAIGNE. — Traitement de la prostatite chronique. Thèse de Paris 1931.
- MUHLPFORDT. — Peut-on dans les cas de prostatite gonococcique chronique effectuer la prostatectomie ? *Dermat. Wochenschrift*, N° 46, 14 Novembre 1931.
- ORAISON. — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate (Rapport). A. F. U. 1907.
- Prostatites chroniques. *Encyclopédie d'Urologie*, t. VI.
- PHÉLIP. — Evidement prostatique à l'électro-coagulation dans les suppurations chroniques de la prostate A. F. U. 1922.
- Traitement de certaines suppurations chroniques de la prostate par le curettage endoscopique. A. F. U. 1933.
- WUGMEISTER. — Le traitement des prostatites chroniques par injections intra prostatiques de vaccins. *Journal d'Urologie*, t. XXXII, N° 5, Novembre 1934, p. 442.
-

BORDEAUX

G. ROULLEAU

Anciennement Imprimerie d'Albret

31, Rue Lamartinie, 31

1935

